·论著·

三级医院全科医学科中年住院患者慢病共病分布及影响因素研究

康静[1]，张赐[1]，张正义[1，2*]

1.730000 甘肃省兰州市，兰州大学第二临床医学院
2.730000 甘肃省兰州市，兰州大学第二医院全科医学科
*通信作者：张正义，副教授/主任医师/博士生导师；E-mail：1939115272@qq.com

【摘要】 **背景** 近年来研究发现，慢病共病在我国中年人中的发病率约占40%以上，且仍呈上升趋势，其降低了居民的生活质量，甚至造成他们过早地死亡。然而，目前中年慢病共病分布及其影响因素的研究甚少。**目的** 本文通过回顾性分析中年慢病共病住院患者的疾病分布及其影响因素，为该类患者的管理提供科学依据。**方法** 纳入2017-07-01—2023-02-28于兰州大学第二医院全科医学科住院的中年（45~59岁）患者1 650例为研究对象，收集研究对象的一般资料，并统计慢病共病情况。采用多因素Logistic回归分析探究不同慢病共病的影响因素。**结果** 1 650例就诊全科医学科的中年患者中，患0、1、≥2种慢病患者分别有79例（4.8%）、359例（21.8%）、1 212例（73.5%）。患0、1、≥2种慢病患者的性别、年龄、民族、职业、入院年份、入院途径比较，差异有统计学意义（$P<0.05$）。慢病患病率居前3位的分别是：心脏疾病（66.1%，1 091/1 650）、高血压（41.1%，678/1 650）、脑血管病（20.7%，342/1 650）。与其他慢病共病的前3位慢病为糖尿病或血糖升高（97.3%，215/221）、高血压（97.1%，668/678）、血脂异常（96.1%，246/256）。1 650例全科医学科住院的中年患者中，2种慢病共病的患者为581例（35.2%），3种慢病共病的患者为455例（27.6%）。2种慢病共病组合发生率居前3位的分别是心脏疾病+高血压（22.7%，132/581）、心脏疾病+慢性肺部疾病（13.1%，76/581）、心脏疾病+脑血管病（8.4%，49/581）；3种慢病共病发生率居前3位的分别是高血压+心脏疾病+脑血管病（14.5%，66/455）、高血压+心脏疾病+糖尿病或血糖升高（10.5%，48/455）、高血压+心脏疾病+慢性肺部疾病（7.9%，36/455）。多因素Logistic回归分析结果显示民族为汉族（OR=26.778，95%CI=3.120~229.793）、回族（OR=46.143，95%CI=3.456~616.090）、东乡族（OR=52.966，95%CI=2.502~1 121.195），入院年份为2020年（OR=0.406，95%CI=0.168~0.981）是中年住院患者患1种慢病的影响因素（$P<0.05$）；年龄50~54岁（OR=0.461，95%CI=0.266~0.801），民族为汉族（OR=3.783，95%CI=1.433~9.983）、回族（OR=6.055，95%CI=1.107~33.126），职业为农民（OR=0.460，95%CI=0.252~0.839），入院年份为2020年（OR=0.416，95%CI=0.187~0.928）是中年住院患者患≥2种慢病的影响因素（$P<0.05$）。**结论** 三级医院全科医学科中中年患者占比约1/3，并且绝大部分为慢病共病状态，全科医学科在注重老年人的慢病的同时，更应注重中年人的慢病管理，提升临床上对该人群的认识，完善全科医生健康管理服务内容，建立更全面的全科医疗服务模式。

【关键词】 慢性病；慢性病共病；全科医学；中年人；影响因素分析

【中图分类号】 R 36 【文献标识码】 A DOI：10.12114/j.issn.1007-9572.2023.0710

Distribution and Influencing Factors of Chronic Comorbidities among Middle-aged Inpatients in General Practice Department of Tertiary General Hospitals

KANG Jing[1]，*ZHANG Ci*[1]，*ZHANG Zhengyi*[1，2*]

1.The Second Clinical Medical School，Lanzhou University，Lanzhou730000，China

2.Department of General Practice，the Second Hospital of Lanzhou University，Lanzhou 730000，China

**Corresponding author：ZHANG Zhengyi，Associate professor/Chief physician/Doctoral supervisor；E-mail：1939115272@*

基金项目：1. 兰州大学教育发展基金；2. 兰州大学医学本科教育教学水平提升培育项目（lzuyxcx-2022-37）

引用本文：康静，张赐，张正义 . 三级医院全科医学科中年住院患者慢病共病分布及影响因素研究［J］. 中国全科医学，2023. DOI：10.12114/j.issn.1007-9572.2023.0710.［Epub ahead of print］.［www.chinagp.net］

KANG J，ZHANG C，ZHANG Z Y. Distribution and influencing factors of chronic comorbidities among middle-aged inpatients in general practice department of tertiary general hospitals［J］. Chinese General Practice，2023.［Epub ahead of print］.

qq.com

【Abstract】 **Background** Recent studies have shown that over 40% of middle-aged individuals in China are affected by chronic comorbidities, a number that is on the rise, which reduces the quality of life but also increases the risk of premature death. However, research on the distribution and influencing factors of chronic comorbidities in middle-aged adults is still limited. **Objective** To provide a scientific basis for managing such patients by retrospectively analyzing the disease distribution and influencing factors of chronic comorbidities among middle-aged inpatients. **Methods** A total of 1 650 middle-aged (45-59 years old) patients hospitalized in the department of general practice at Lanzhou University Second Hospital from July 1, 2017, to February 28, 2023 were selected as the study subjects, the demographics and chronic comorbidity data were collected. Multivariate Logistic regression analysis was employed to explore the influencing factors for various chronic comorbidities. **Results** Among the 1 650 middle-aged patients attending the department of general practice, 79 (4.8%), 359 (21.8%), and 1 212 (73.5%) patients suffered from 0, 1, and ≥ 2 chronic diseases, respectively. Comparison of gender, age, ethnicity, occupation, year of admission, and route of admission of patients with 0, 1, and ≥ 2 chronic diseases showed statistically significant differences (P<0.05). The three most common chronic diseases were heart disease (66.1%, 1 091/1 650), hypertension (41.1%, 678/1 650), and cerebrovascular disease (20.7%, 342/1 650). The top three comorbid conditions with other chronic diseases were diabetes or hyperglycemia (97.3%, 215/221), hypertension (97.1%, 668/678), and dyslipidemia (96.1%, 246/256). Of the 1 650 middle-aged patients hospitalized in general practice, 581 (35.2%) had 2 chronic comorbidities and 455 (27.6%) had 3 chronic comorbidities. Among patients with two comorbidities, the most frequent combinations were heart disease+hypertension (22.7%, 132/581), heart disease+chronic lung disease (13.1%, 76/581), and heart disease+cerebrovascular disease (8.4%, 49/581); for three comorbidities, the top combinations were hypertension+heart disease+cerebrovascular disease (14.5%, 66/455), hypertension+heart disease+diabetes or hyperglycemia (10.5%, 48/455), and hypertension+heart disease+chronic lung disease (7.9%, 36/455). Multivariate Logistic regression analysis showed that ethnicity of Han (OR=26.778, 95%CI=3.120-229.793), Hui (OR=46.143, 95%CI=3.456-616.090), or Dongxiang (OR=52.966, 95%CI=2.502-121.195), and the admission year of 2020 (OR=0.406, 95%CI=0.168-0.981) were influencing factors for middle-aged inpatients with 1 chronic disease (P<0.05). For ≥ 2 chronic diseases, influencing factors included 50-54 age group (OR=0.461, 95%CI=0.266-0.801), being of Han (OR=3.783, 95%CI=1.433-9.983) or Hui (OR=6.055, 95%CI=1.107-33.126) ethnicity, occupation of farmer (OR=0.460, 95%CI=0.252-0.839), and the year of admission being 2020 (OR=0.416, 95%CI=0.187-0.928) (P<0.05). **Conclusion** Approximately one-third of patients in the general practice department of tertiary hospitals are middle-aged, and most of them present with chronic comorbidities. While focusing on the chronic diseases of the elderly, there is a need for enhanced focus on chronic diseases management and clinical awarenes improvement in middle-aged individuals, enhancing the content of health management services provided by general practitioners, and establishing a more comprehensive model of general practice services.

【Key words】 Chronic disease; Multiple chronic conditions; General practice; Middle aged; Root cause analysis

慢性非传染性疾病（简称慢病）是对一类起病隐匿，病程长且病情迁延不愈，缺乏确切生物病因证据，病因复杂，且有些尚未完全被确认的疾病的概括性总称[1]，而患有两种或两种以上的慢病称为慢病共病[2]，随着人口数目及人口预期寿命的增加，慢病的患病率在不断上升，全球约一半以上慢病患者处于慢病共病状态[3-4]，相比于单一慢病，其不仅给患者带来沉重的治疗负担，而且使家庭面临巨大的卫生支出，进而向社会医疗保健体系发出更高挑战[2]。研究发现，慢性共病与年龄密切相关，全球范围内中年人（45~59岁）的患病率占20%以上[4-5]。2018年关于我国慢病共病的研究发现，中老年人的慢病共病发生率为55.77%，其中年人中慢病共病的发病率占40%以上，对我国居民生活质量造成的危害应引起重视[6]。本研究将通过对兰州大学第二医院全科医学科建立以来收治的中年住院患者的资料进行回顾性分析，从而提升临床上对该人群的认识，为完善全科医生健康管理服务内容及建立更全面的全科医疗服务体系提供参考。

1 对象与方法

1.1 研究对象

本研究采用回顾性研究，纳入2017-07-01—2023-02-28于兰州大学第二医院全科医学科住院的中年（45~59岁）患者1 650例为研究对象。本研究经兰州大学第二医院医学伦理委员会批准（审批号：2023A-544）。

1.2 资料收集及相关定义

收集研究对象的一般资料，包括性别、年龄、民族、家庭居住地类型、医疗保险类型、出院诊断、住院天数等。纳入的慢病参考中国健康与养老追踪调查（China

Health and Retirement Longitudinal Study，CHARLS）涉及的14种慢病[7]，包括高血压、血脂异常、糖尿病或血糖升高、恶性肿瘤、慢性肺部疾病（如慢性支气管炎、肺气肿及肺心病）、哮喘、肝脏疾病（除外肝囊肿）、心脏疾病（如心肌梗死、冠心病、心绞痛、充血性心力衰竭及其他心脏疾病）、脑血管病、肾脏疾病（除外肾囊肿）、胃部或消化系统疾病、情感及精神方面的问题（如抑郁、睡眠障碍）、与记忆相关的疾病（如阿尔茨海默病、脑萎缩、帕金森症及睡眠呼吸暂停）、关节炎或风湿病。慢病共病的定义为患有以上14种慢病中的2种及以上。

1.3 统计学方法

采用SPSS 26.0和Excel软件完成数据统计分析。符合正态分布的计量资料以（$\bar{x}\pm s$）表示；不符合正态分布的计量资料以M（P_{25}，P_{75}）表示，组间比较使用非参数检验；计数资料以相对数表示，组间比较采用χ^2检验或Fisher's确切概率法。采用多因素Logistic回归分析探究不同慢病共病的影响因素。数据缺失≤30%（495例）时忽略不计。以P<0.05为差异有统计学意义。

2 结果

2.1 患者的一般资料

1 650例就诊全科医学科的中年患者中，男971例（58.8%），女679例（41.2%）；平均年龄为（52.9±4.0）岁。患0、1、≥2种慢病患者分别有79例（4.8%）、359例（21.8%）、1 212例（73.5%）。患0、1、≥2种慢病患者的性别、年龄、民族、职业、入院年份、入院途径比较，差异有统计学意义（P<0.05）；患0、1、≥2种慢病患者的现居地、医疗保险类型、离院方式、住院天数比较，差异无统计学意义（P>0.05），见表1。

2.2 患者慢病共病情况

在14种慢病中，慢病患病率居前3位的分别是：心脏疾病（66.1%，1 091/1 650）、高血压（41.1%，678/1 650）、脑血管病（20.7%，342/1 650），其余11种慢病的患病率均<20.0%，见表2。

与其他慢病共病的前3位慢病为糖尿病或血糖升高（97.3%，215/221）、高血压（97.1%，668/678）、血脂异常（96.1%，246/256），末位为恶性肿瘤（62.7%，47/75）；每种慢病的共病种数为（1.92~3.35）种，见表2。

2.3 慢病共病组合模式

1 650例全科医学科住院的中年患者中，2种慢病共病的患者为581例（35.2%），3种慢病共病的患者为455例（27.6%）。2种慢病共病组合发生率居前3位的分别是心脏疾病+高血压（22.7%，132/581）、心脏疾病+慢性肺部疾病（13.1%，76/581）、心脏疾病+脑血管病（8.4%，49/581）；3种慢病共病发生率居前3位的分别是高血压+心脏疾病+脑血管病（14.5%，

表1 患0、1、≥2种慢病的中年住院患者的一般资料比较结果

Table 1 Comparison of general data among middle-aged inpatients with 0，1，or ≥2 chronic diseases

项目	0种慢病（79例）	1种慢病（359例）	≥2种慢病（1 212例）	χ^2（H）值	P值
性别［例（%）］				13.141	0.001
男	39（49.4）	187（52.1）	745（61.5）		
女	40（50.6）	172（47.9）	467（38.5）		
年龄［例（%）］				13.316	0.010
45~49岁	15（19.0）	96（26.7）	286（23.6）		
50~54岁	40（50.6）	135（37.6）	413（34.1）		
55~59岁	24（30.4）	128（35.7）	513（42.3）		
民族［例（%）］				17.917	0.022
汉族	70（88.6）	328（91.4）	1 088（89.8）		
回族	2（2.5）	21（5.8）	63（5.2）		
东乡族	1（1.3）	6（1.7）	26（2.1）		
藏族	6（7.6）	2（0.6）	27（2.2）		
其他	0	2（0.6）	8（0.8）		
职业［例（%）］				15.155	0.019
在职	9（11.4）	51（14.2）	212（17.5）		
退休和无业	5（6.3）	27（7.5）	81（6.7）		
农民	23（29.1）	80（22.3）	198（16.3）		
其他	42（53.2）	201（56.0）	721（59.5）		
现居地［例（%）］				5.587	0.061
城镇	39（49.4）	189（52.6）	708（58.4）		
农村	40（50.6）	170（47.3）	504（41.6）		
入院年份［例（%）］				42.685	<0.001
2017年	1（1.3）	23（6.4）	94（7.8）		
2018年	11（13.9）	83（23.1）	228（18.8）		
2019年	17（21.5）	84（23.4）	230（19.0）		
2020年	27（34.2）	52（14.5）	209（17.2）		
2021年	9（11.4）	56（15.6）	254（21.0）		
2022年	11（13.9）	44（12.3）	174（14.4）		
2023年	3（3.8）	17（4.7）	23（1.9）		
医疗保险类型［例（%）］				12.885	0.116
城镇居民医疗保险	26（32.9）	119（33.1）	402（33.2）		
城镇职工医疗保险	19（24.1）	89（24.8）	353（29/1）		
新型农村合作医疗和贫困救助	24（30.4）	96（26.8）	248（20.5）		
全自费	6（7.6）	41（11.4）	165（13.6）		
其他	4（5.1）	14（3.9）	44（3.6）		
入院途径［例（%）］				13.923	0.025
急诊	2（2.5）	19（5.3）	84（6.9）		
门诊	59（74.7）	264（73.5）	951（78.5）		
其他医疗机构转入	18（22.8）	76（21.2）	177（14.6）		
其他	0	1（33.3）	2（66.6）		
离院方式［例（%）］				15.030	0.166
医嘱离院	68（86.1）	325（90.5）	1 128（93.1）		
医嘱转院	10（12.7）	29（8.1）	67（5.5）		
死亡	0	2（0.6）	2（0.2）		
其他	1（1.3）	3（0.9）	15（1.3）		
住院天数〔M（P_{25}，P_{75}），d〕	7（4，9）	6（4，8）	6（4，8）	1.645[a]	0.439

注：[a]为H值；由于数值修约，部分构成比之和非100.00%。

表 2 14 种慢病在患者中的患病情况和共病情况
Table 2 Prevalence and comorbidities of 14 chronic diseases in 1650 middle-aged inpatients

疾病名称	例数	顺位排名	共病例数	顺位排名	平均共病种数($\bar{x}\pm s$)	顺位排名
心脏疾病	1 091(66.1)	1	883(80.9)	13	2.40±1.00	13
高血压	678(41.1)	2	668(97.1)	2	2.91±0.89	8
脑血管病	342(20.7)	3	327(95.6)	6	3.00±0.95	4
慢性肺部疾病	322(19.5)	4	292(90.7)	9	2.67±0.96	10
肝脏疾病	269(16.3)	5	258(95.9)	4	3.05±0.98	3
血脂异常	256(15.5)	6	246(96.1)	3	2.89±1.00	9
糖尿病或血糖升高	221(13.4)	7	215(97.3)	1	3.13±0.94	2
胃部或消化系统疾病	138(8.4)	8	128(92.8)	8	3.00±0.95	4
情感及精神方面的问题	86(5.2)	9	76(88.4)	11	2.49±0.92	12
恶性肿瘤	75(4.5)	10	47(62.7)	14	1.92±0.85	14
肾脏疾病	71(4.3)	11	68(95.8)	5	3.00±1.00	4
与记忆相关的疾病	31(1.9)	12	28(90.4)	10	3.35±1.20	1
关节炎或风湿病	28(1.7)	13	24(85.7)	12	2.56±1.02	11
哮喘	17(1.0)	14	16(94.1)	7	3.00±1.14	4

66/455)、高血压+心脏疾病+糖尿病或血糖升高(10.5%，48/455)、高血压+心脏疾病+慢性肺部疾病(7.9%，36/455)，见表 3。

2.4 慢病及共病影响因素分析

分别以全科医学科中年住院患者患 1 种慢病(赋值：否 =0，是 =1)和患 ≥ 2 种慢病(赋值：否 =0，是 =1)为因变量，将单因素分析组间差异有统计学意义的指标(性别、年龄、民族、职业、入院年份、入院途径)作为自变量进行多因素 Logistic 回归分析(具体赋值见下表 4)，结果显示民族为汉族(OR=26.778，95%CI=3.120~229.793)、回族(OR=46.143，95%CI=3.456~616.090)、东乡族(OR=52.966，95%CI=2.502~1 121.195)，入院年份为 2020 年(OR=0.406，95%CI=0.168~0.981)是中年住院患者患 1 种慢病的影响因素(P<0.05)；年龄 50~54 岁(OR=0.461，95%CI=0.266~0.801)，民族为汉族(OR=3.783，95%CI=1.433~9.983)、回族(OR=6.055，95%CI=1.107~33.126)，职业为农民(OR=0.460，95%CI=0.252~0.839)，入院年份为 2020 年(OR=0.416，95%CI=0.187~0.928)是中年住院患者患 ≥ 2 种慢病的影响因素(P<0.05)，见表 4。

3 讨论

随着我国经济社会发展和人口老龄化快速增长，慢病已成为威胁我国人民生命健康的重要公共卫生问题。中国医学科学院肿瘤有关专家表示，推动预防关口前移，能明显减少慢病的发生和发展[8]。因此，注重中年人的慢病管理，提升临床上对该人群的认识，既能从源头上控制重大疾病，做到使人民更健康，又令医疗服务更加从容有效。在我国，中年慢病患者更倾向于三级医院就诊[9-10]，同时甘肃省也是我国慢病共病的主要聚集区域之一[7, 11]。因此，本研究通过对兰州大学第二医院全科医学科的住院患者的调查数据分析，发现约 30% 的患者为 45~60 岁，其中 90% 以上患有慢病，1/3 以上处于慢病共病状态；此外，50~54 岁、农民为慢病、共病住院的低发人群，2020 年为慢病、共病住院的低发时间，汉族、回族(尤其回族)为患慢病、共病住院的高危人群。

3.1 慢病中年患者一般人口学特征分析

全科医学科住院的中年患者中，男性多于女性，汉族人数远多于少数民族，这同我国人口总体性别比例和总体民族比例相一致；城镇居民明显多于农村居民，这可能由于城市居民距离三级医疗机构更近、经济收入相对更多有关；门诊收住入院人数远多于于其他方式入院的人数，这可能与慢病本身潜伏期长、发病慢的特点有关；随着年龄的增长，处于多病共存的人数明显增加，这主要由于人体的免疫力随年龄增长逐渐下降，同时发生营养不良的风险增加，且每种慢病之间相互关联所导致的。本研究任何性别、年龄、民族、职业，慢病共病的人数均超过总人数的 70%，约为患 1 种慢病的患者人数的 3 倍，而患 1 种慢病的人数约为未患慢病患者的 5 倍，进一步说明我国慢病形势严峻，其不再是老年人特有的问题，中年人也深受其害，亟待引起重视。

3.2 慢病患者共病分布分析

中年人最常见到的 14 种慢病发生居前 3 位的是心脏疾病、高血压、脑血管病；慢病共病组合中出现频率

表 3 中年住院患者 2 种慢病共病和 3 种慢病共病的前 5 位组合模式
Table 3 Top five prevalent combinations of two and three chronic diseases in middle-aged inpatients

排名	未共病(359 例)		2 种慢病共病组合模式(581 例)		3 种慢病共病组合模式(455 例)	
	疾病	[例(%)]	组合模式	[例(%)]	组合模式	[例(%)]
1	心脏疾病	208(57.9)	心脏疾病+高血压	132(22.7)	高血压+心脏疾病+脑血管病	66(14.5)
2	慢性肺部疾病	30(8.4)	心脏疾病+慢性肺部疾病	76(13.1)	高血压+心脏疾病+糖尿病或血糖升高	48(10.5)
3	恶性肿瘤	28(7.8)	心脏疾病+脑血管病	49(8.4)	高血压+心脏疾病+慢性肺部疾病	36(7.9)
4	高血压	20(5.8)	高血压+血脂异常	43(7.4)	高血压+心脏疾病+肝脏疾病	28(6.2)
5	脑血管病	15(4.2)	心脏疾病+肝脏疾病	25(4.3)	高血压+心脏疾病+血脂异常	17(3.7)

表 4　中年住院患者慢病及共病影响因素的多因素 Logistic 回归分析

Table 4　Multivariate Logistic regression analysis of the influencing factors of chronic comorbidities in middle-aged inpatients

自变量	患 1 种慢病				患≥ 2 种慢病			
	β	Wald χ^2 值	*OR*（95%*CI*）	*P* 值	β	Wald χ^2 值	*OR*（95%*CI*）	*P* 值
性别（以女为参考）								
男	0.055	0.042	1.056（0.624~1.789）	0.838	0.381	2.303	1.464（0.895~2.394）	0.129
年龄（以 55~59 岁为参考）								
45~49 岁	0.271	0.488	1.312（0.613~2.806）	0.485	-0.027	0.005	0.974（0.474~2.000）	0.942
50~54 岁	-0.522	2.968	0.593（0.328~1.075）	0.085	-0.774	7.563	0.461（0.266~0.801）	0.006
民族（以藏族为参考）								
汉族	3.288	8.985	26.778（3.120~229.793）	0.003	1.330	7.221	3.783（1.433~9.983）	0.007
回族	3.832	8.397	46.143（3.456~616.090）	0.004	1.801	4.314	6.055（1.107~33.126）	0.038
东乡族	3.970	6.497	52.966（2.502~1 121.195）	0.011	2.246	3.701	9.449（0.959~93.133）	0.054
职业（以其他作为参考）								
在职	-0.049	0.011	0.952（0.385~2.354）	0.916	0.182	0.176	1.199（0.513~2.802）	0.675
退休或无业	-0.308	0.303	0.735（0.317~2.203）	0.582	-0.549	1.089	0.578（0.206~1.620）	0.297
农民	-0.503	2.338	0.605（0.317~1.152）	0.126	-0.777	6.417	0.460（0.252~0.839）	0.011
入院年份（以 2022 年为参考）								
2018 年	0.558	1.300	1.747（0.670~4.556）	0.254	0.327	0.504	1.387（0.562~3.425）	0.478
2019 年	0.060	0.016	1.062（0.422~2.675）	0.898	-0.238	0.293	0.788（0.333~1.866）	0.588
2020 年	-0.901	4.008	0.406（0.168~0.981）	0.045	-0.876	4.588	0.416（0.187~0.928）	0.032
2021 年	0.294	0.333	1.342（0.494~3.649）	0.564	0.364	0.582	1.439（0.565~3.667）	0.445
入院途径（以其他机构转入为参考）								
急诊	0.785	0.916	2.193（0.439~10.942）	0.338	1.425	3.325	4.159（0.899~19.248）	0.068
门诊	-0.045	0.018	0.956（0.498~1.836）	0.893	0.376	1.451	1.457（0.790~2.687）	0.228

注：由于 Hessian 矩阵中有意外的奇异性，遂将入院年份分类中“2017 年、2023 年”排除、入院途径分类中“其他医疗机构转入”排除，民族分类中“其他”排除。

最高的疾病是心脏疾病、高血压；最易与其他慢病共同发生的是糖尿病或血糖升高、高血压、血脂异常；而我国老年人中患病率最高的前 3 位慢病分别为高血压、关节炎或风湿病、胃部或消化系统疾病，慢病共病组合中出现频率最高的是高血压、关节炎或风湿病，说明高血压在中老年人中的发病率均高，关节炎或风湿病在老年人中的发病率高[12]。研究发现，高龄、高血压、心血管疾病均是关节炎的发生的高危因素，而 65~70 岁关节炎的发病率最高[13]。归根结底，说明高血压既本身是慢病，也是其他慢病发生的高危因素。

3.3　中年慢病患者影响因素分析

本研究中，相较于藏族，汉族、回族患 1 种慢病或慢病共存的患病风险均明显增加，OR（95%*CI*）分别为 26.778（3.120~229.793）、46.143（3.456~616.090）及 3.783（1.433~9.983）、6.055（1.107~33.126）、9.449（0.959~93.133），这可能一方面与其居住地的遗传背景、文化、社会经济水平、气候及地理特征有关，另一面与自身的生活方式、饮食模式、文化水平有关；当然也不排除由于少数民族的样本量相对较少而导致研究结果存在误差的原因[14-15]；相较于其他职业，农民患多种慢病的风险明显降低，OR（95%*CI*）为 0.460（0.252~0.839）；可能是由于我国城乡居民的社会经济地位、生活质量和卫生服务利用率等方面存在巨大差异，农村医疗资源及可及性差，慢病诊断检测率低，农村病人得到住院医疗服务的机会少，而城市居民即社会经济地位较高的人群有更多机会诊断出甚至可能过度诊断出慢病，进而得到住院医疗的机会又进一步增加[16-18]；50~54 岁的住院患者的慢病共存的风险相比 55~59 岁降低，OR（95%*CI*）为 0.461（0.266~0.801），而 45~50 岁的住院患者患慢病风险相比 55~59 岁无明显统计学差异，这说明 50-54 岁慢病共病风险相对较低，这个时期或许可以是居民重视个人预防保健、控制慢病进展的关键时期，但目前尚没有研究明确表明，需要进一步研究证实；最后，2020 年慢病的患病风险相较于 2022 年明显降低，OR（95%*CI*）为 0.406（0.168~0.981）、0.416（0.187~0.928），可能与 2020 年慢病患者就医数量减少，导致其成为假性有利因素[19]。

3.4　慢病防治的相关意见与建议

（1）患者加强自身健康管理：自身从日常生活做起，合理搭配膳食，摒弃不良生活习惯，戒烟限酒，少熬夜，

培养锻炼习惯，放松心情，日常定期复查，遵医嘱规律用药；（2）社会完善支持服务体系：一方面，社区公共卫生服务中心作为我国医疗体系的重要组成部分，在慢病患者管理中发挥不可替代的作用，其因提高提升自身管理工作水平及慢病管理能力，给予患者精神关怀，宣传慢病基础理论知识，改善患者消极治疗态度和认知模式[20]；另一方面，医院的全科医学科在履行慢病管理的职责时，应该根据所在地区不同年龄阶段的患者共病特点，按照病种临床路径管理标准和方法，参照各种疾病临床最新指南，制订自身及基层慢病管理临床路径标准，并与家庭医生团队组建慢病管理团队，实施慢病针对性的、个性化的管理。

3.5 本研究的独特及不足之处

本研究的独特之处在于大多数研究针对老年慢病患者展开研究，而忽略了中年慢病患者，本研究专门研究中年慢病住院患者的特点，为完善全科医生健康管理服务内容，建立更全面的全科医疗服务体系提供依据。本研究的不足之处在于：（1）本研究只分析了人群的一般资料，未结合该人群的临床特征分析，内容不够贴近临床；（2）不同年龄阶段慢病分布不同，未进行中老年慢病患者的对照研究。

4 小结

三级医院全科医学科中年患者占比约 1/3，并且绝大部分为慢病共病状态，患者慢病及慢病共病的重要影响因素为农民及民族，其实归根结底主要是医疗环境及患者的文化水平。全科医学科在注重老年人的慢病研究的同时，更应注重中年人的慢病管理，增强临床上对该人群的认识，完善全科医生健康管理服务内容，建立更全面的全科医疗服务模式。

作者贡献：康静负责结果分析与解释、撰写论文初稿及负责论文的修订；张赐负责数据清洗、处理和统计学分析、绘制图表；张正义提出研究选题方向和总体研究目标，对研究进行可行性分析，对文章整体负责，监督管理。

本文无利益冲突。

参考文献

［1］Global Burden of Disease Collaborative Network，Global Burden of Disease Study 2019（GBD 2019）Results（2020，Institute for Health Metrics and Evaluation—IHME）https://vizhub.healthdata.org/gbd-results.

［2］SKOU S T，MAIR F S，FORTIN M，et al. Multimorbidity［J］. Nat Rev Dis Primers，2022，8（1）：48. DOI：10.1038/s41572-022-00376-4.

［3］BARNETT K，MERCER S W，NORBURY M，et al. Epidemiology of multimorbidity and implications for health care，research，and medical education：a cross-sectional study［J］. Lancet，2012，380（9836）：37-43. DOI：10.1016/S0140-6736（12）60240-2.

［4］NGUYEN H，MANOLOVA G，DASKALOPOULOU C，et al. Prevalence of multimorbidity in community settings：a systematic review and meta-analysis of observational studies［J］. J Comorb，2019，9：2235042X19870934. DOI：10.1177/2235042X19870934.

［5］HO I S S，AZCOAGA-LORENZO A，AKBARI A，et al. Variation in the estimated prevalence of multimorbidity：systematic review and meta-analysis of 193 international studies［J］. BMJ Open，2022，12（4）：e057017. DOI：10.1136/bmjopen-2021-057017.

［6］刘贝贝，田庆丰，郭金玲. 我国中老年人群慢性病患病现状及共病模式分析［J］. 医学与社会，2022，35（8）：58-61，66. DOI：10.13723/j.yxysh.2022.08.011.

［7］张露文，陆翘楚，赵洋. 中国中老年人慢病共病组合及其健康结局差异［J］. 中山大学学报：医学科学版，2023，44（1）：159-168. DOI：10.13471/j.cnki.j.sun.yat-sen.univ（med.sci）.20221215.001.

［8］顾天成. 我国慢性病防治有成效，识别干预亟待加强［N］. 新华每日电讯，2022-07-06（7）.

［9］朱玉琴，金花，于德华. 分级诊疗背景下多病共存患者就医机构选择行为及其影响因素研究［J］. 中国全科医学，2023，26（13）：1598-1604. DOI：10.12114/j.issn.1007-9572.2022.0457.

［10］谢贤宇，赵梓钧，吴勤德，等. 福建省医联体内群众就医选择影响因素分析［J］. 中国卫生统计，2022，39（5）：755-759. DOI：10.3969/j.issn.1002-3674.2022.05.027.

［11］王浩，张琳，方晓雅，等. 中国中老年人慢性病共病现状及其空间分布研究［J］. 中国全科医学，2022，25（10）：1186-1190，1196. DOI：10.12114/j.issn.1007-9572.2022.0127.

［12］张恩辉. 长春市某社区 60 岁以上老年人健康状况调查与分析［D］. 长春：吉林大学，2015.

［13］LI C W，LIU T T，SUN W J，et al. Prevalence and risk factors of arthritis in a middle-aged and older Chinese population：the China health and retirement longitudinal study［J］. Rheumatol Oxf Engl，2015，54（4）：697-706. DOI：10.1093/rheumatology/keu391.

［14］WANG L，GAO P，ZHANG M，et al. Prevalence and ethnic pattern of diabetes and prediabetes in China in 2013. JAMA. 2017，317（24）：2515-2523. DOI：10.1001/jama.2017.7596.

［15］赵星，洪峰，殷建忠，等. 西南区域自然人群队列简介与研究进展［J］. 中华流行病学杂志，2023，44（1）：40-47. DOI：10.3760/cma.j.cn112338-20221009-00864.

［16］ZHAO Y，HE L，HAN C L，et al. Urban-rural differences in the impacts of multiple chronic disease on functional limitations and work productivity among Chinese adults［J］. Glob Heath Action，2021，14（1）：1975921. DOI：10.1080/16549716.2021.1975921.

［17］YI Z，XU T，YANG J，et al. Comprehensive assessment of resources for prevention and control of chronic and non-communicable diseases in China：a cross-sectional study. BMJ Open. 2023，13（7）：e071407. DOI：10.1136/bmjopen-2022-071407.

［18］ZHAO Y，ATUN R，OLDENBURG B，et al. Physical multimorbidity，health service use，and catastrophic health

expenditure by socioeconomic groups in China：an analysis of population-based panel data［J］. Lancet Glob Heath，2020，8（6）：e840-849. DOI：10.1016/S2214-109X（20）30127-3.

［19］World health statistics 2023：monitoring health for the SDGs，sustainable development goals［EB/OL］.（2023-06-10）［2023-09-28］. https://www.who.int/publications-detail-redirect/9789240074323.

［20］CHANDRARATNE N K，PATHIRATHNA K G R V，HARRISON C，et al. A comparison of policies and guidelines related to multimorbidity in the UK，Australia and Sri Lanka［J］. Aust J Gen Pract，2018，47（1/2）：14-19. DOI：10.31128/AFP-09-17-4346.

（收稿日期：2023-07-24；修回日期：2023-12-11）
（本文编辑：邹琳）